HYPOKONDRI-PROSJEKTET

DEL I: FOREKOMST AV HYPOKONDRI
DEL II: COMORBIDITET VED SOMATOFORME LIDELSER
DEL III: PROSPEKTIV KLINISK STUDIE AV HYPOKONDRI

PROSJEKTBESKRIVELSE

JØRN BØDTKER, UNIVERSITETSSTIPENDIAT
INGVARD WILHELMSEN, FØRSTEAMANUENSIS, DR. MED.

MEDISINSK AVDELING
DIAKONISSEHJEMMETS SYKEHUS HARALDSPLASS
ULRIKSDAL 8, 5009 BERGEN

INSTITUTTET MEDISINSK AVDELING A
5021 HAUKELAND SYKEHUS.

PSYKIATRISK INSTITUTT, 5021 HAUKELAND SYKEHUS.

BERGEN APRIL 1997 (revidert)

1. SAMMENFATNING

Psykosomatisk seksjon ved Medisinsk Poliklinikk, Diakonissehjemmets sykehus, Haraldsplass, ble startet 1/3.95. Vi har et eget tilbud til pasienter med hypokondri, men mange pasienter med tilgrensende problemstillinger henvises. I ICD-10 (International Classification of Diseases) er de somatoforme lidelser en ny diagnostisk gruppe med uklar avgrensning og delvis også uklar klinisk relevans.

Det finnes ingen gode epidemiologiske studier om forekomsten av hypokondri i en normalbefolkning. Som ledd i den store Hordalandsundersøkelsen '97-'99 (HUSK) vil ca. halvparten av deltakerne, dvs. ca. 12-13.000 personer i alderen 39-45 år, fylle ut Whiteley Index. Dette er et selvutfyllingsskjema som er utarbeidet for å diagnostisere hypokondri. Dette gir oss muligheter for å gi et godt prevalensestimat av hypokondri en et relativt tilfeldig utvalg av en normalbefolkning. Alle personer som skårer over en gitt verdi på Whiteley Index vil få tilbud om å gjennomgå et strukturert klinisk psykiatrisk intervju (The Composite International Diagnostic Interview, kalt CIDI) med tanke på mer valid diagnostisering av hypokondri. Prevalensundersøkelsen er også ment som rekuttering til Del II og Del III av prosjektet. Styringsgruppen for HUSK er positivt innstilt til å ta inn vårt prosjekt. I tillegg til svarene på spørsmålene om hypokondri vil vi som ledd i undersøkelsen få informasjon om en rekke andre variabler som kan være av interesse. Kostnaden ved deltakelsen I HUSK er antydet til ca. Kr. 100.000,-.

Hensikten med Del II av studien er å belyse både psykiatrisk og somatisk comorbiditet ved de somatoforme lidelsene. Del III er en åpen, randomisert klinisk studie med til sammen 40 pasienter som alle tilfredsstiller de diagnostiske kriterier for en av de somatoforme lidelser, nemlig Hypokondri (F 45.2). I denne terapistudien vil effekten av kognitiv terapi (KT) bli sammenlignet med effekten av paroxetin. Pasientene vil bli henvist fra allmennpraktikere og være mellom 18 og 67 år. Effekten av behandlingen vil bli vurdert ved hjelp av intervjuer og spesielle selvutfyllingsskjemaer hvorav noen er spesielt utarbeidet for hypokondri.

2. FLOW CHART

Se figur 1 (vedlagt).

3. BAKGRUNN

Pasienter med fysiske symptomer som man ikke finner noen god organisk forklaring på (såkalte funksjonelle plager) synes å være et økende helseproblem. Hos nær halvparten av pasientene som innlegges ved medisinske avdelinger eller utredes ved poliklinikker finner man ingen organisk årsak til symptomene (Cassileth og Drossmann), og i Norge finner man objektive organiske forandringer hos kun halvparten av pasientene som får innvilget uføretrygd (Tellnes). I moderne diagnostikk (ICD-10 og DSM-IV) er en del av disse tilstandene samlet under begrepet "Somatoforme lidelser" (Tabell 1). Sannsynligvis er det stor overlapping mellom de forskjellige sykdomsenhetene, og validiteten av de enkelte diagnosene er usikker. Vi ønsker å screene på hypokondri i befolkningen i aldersgruppen 39 til 45 år, og har fått positivt tilsagn om deltakelse i den store Hordalandsundersøkelsen '97-'99 (HUSK), som ledes av professor Grethe Tell ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen . Vi vil få en cohort som kan beskrives nærmere m.h.t. comorbiditet, og enventuell rekruttering til intervensjonsdelen av prosjektet, og samtidig si noe om forekomst av hypokondri hos befolkningen i denne aldersgruppen. Dette har en ikke pr. i dag sikre data på.

Vi ønsker også å studere hvilke pasienter som henvises til Psykosomatisk seksjon ved Medisinsk poliklinikk, og spesielt se på comorbiditet hos de pasientene som tilfredsstiller kriteriene til de somatoforme tilstandene.

Pasienter med hypokondri bruker mye energi til å tenke på sin helse og mulig sykdom, og livskvaliteten kan reduseres av fysiske symptomer, stadige selvundersøkelser, legebesøk og medisinsk utredning. Tilstanden kan også ha betydelige negative effekter i pasientens nærmeste sosiale miljø (forholdet til familie og venner), bl.a. fordi mange pasienter har en tendens til å snakke mye om sine plager og søke stadige forsikringer om at alt er i orden. Effekten på samværet med pårørende, og deres oppfatning av pasienten, vil bli viet spesiell oppmerksomhet i studien.

Et sentralt trekk ved hypokondri antas å være at pasientene feiltolker eller misoppfatter normale kroppssymptomer. Man kan sette dette inn i en teoretisk modell som forklarer tilstandens årsak og som peker på teoretiske og praktiske behandlingsprinsipper (Warwick 1989, Salkovskis 1989). Det foreligger lovende resultater fra flere pilotstudier hvor man har benyttet kognitiv-atferdspreget terapi (KT) (Warwick og Marks 1988), men der er ikke publisert større klinisk studier. I en studie av 6 pasienter fant man nedgang i antall legebesøk og tiden pasientene brukte til å tenke på sykdom etter gruppebehandling med KT (Stern og Fernandez 1991). I en annen pilotstudie av 6 pasienter i et cross-over design ble det vist at atferdspreget terapi etterfulgt av kognitiv terapi hadde bedre effekt enn det omvendte opplegget (Visser og Bouman 1992).

Dersom hypokondri forekommer som ledd i en annen psykiatrisk lidelse (alvorlig depresjon, panikklidelse, tvangslidelse eller paranoid psykose av somatisk type) kan man kalle tilstanden sekundær hypokondri. I en pilotstudie av 6 pasienter har man funnet god respons på behandling av sekundær hypokondri ved tvangslidelse med serotonin reopptakshemmeren fluoxetine (Fallon et al 1991), og i en oppfølgende artikkel refererer samme gruppe at 10 av 16 pasienter var betydelig bedre etter 12 ukers behandling med høydose fluoxetine (Fallon et al 1993). Sykdomsfobi er vellykket behandlet hos 10 pasienter med imipramine (Wesner og Noyes 1991).

Somatoforme tilstander generelt har sannsynligvis en multifaktoriell etiologi, og det er lite sannsynlig at en enkelt faktor (biologisk, psykologisk eller sosial) er nok til å forklare sykdomsbildet. Forskning på interaksjonen mellom forskjellige faktorer er av spesielt stor betydning ved disse tilstandene, og vi planlegger i vår studie å undersøke de sentrale serotonin1A reseptorenes sensitivitet før og etter behandling med KT og serotonin-reopptakshemmer. De sentrale serotonin1A reseptorene kan undersøkes ved hjelp av en buspiron-test (Chua). Unormal serotoninerg funksjon er beskrevet i sentralnervesystemet både ved depresjon og kroniske smertetilstander (Lund 1994). Visceral hypersensitivitet er i dag et viktig forskningsfelt ved funksjonelle gastrointestinale lidelser (Mayer og Gebhart, Coffin et al). Det er usikkert om forklaringen på fenomenet finnes perifert, i de afferente nervebaner eller i sentralnervesystemet (smerte/ubehags-persepsjonen) - eller om det dreier seg om en kombinasjon av flere "feilfunksjoner". Teoretisk kan man tenke seg at også pasienter med hypokondri har en somatisk hypersensitivitet som medfører en stadig strøm av kroppsfenomener. Sammen med den postulerte tenkningsforstyrrelsen vil dette kunne forklare hvordan pasienten kommer inn i "onde sirkler" som øker både de somatiske og psyko-sosiale plager. Undersøkelser tyder på at leger er flinke til å gjenkjenne hypokondri, men at diagnosen

likevel stilles sjelden, bl.a. fordi pasienten lett føler seg avvist og gode behandlingsalternativer savnes (Noyes et al 1993).

Hensikten med terapiprosjektet er å sette søkelyset på en av disse tilstandene: F45.2 Hypokondri (ICD-10). Ved denne tilstanden frykter pasienten at han har en alvorlig fysisk sykdom til tross for at undersøkelser ikke bekrefter dette og forsikringer fra lege om at sykdommen ikke er tilstede.

Strukturerte diagnostiske intervjuer er av stor betydning for klinisk praksis og forskning. I forbindelse med introduksjonen av ICD-10 i 1996 er det utarbeidet et strukturert intervju kalt CIDI (The Composite International Diagnostic Interview), som gir både ICD-10 og DSM-IV diagnoser. Vi vil bruke CIDI helt i begynnelsen av vår kontakt med pasientene (2. konsultasjon) - se Figur 1. Intervjuet legger vekt på om et symptom har fysisk eller psykisk årsak. Validiteten av denne distinksjonen diskuteres mye i internasjonal litteratur, og vi håper å kunne kaste lys over dette ved vår undersøkelse.

4. MÅLSETTING

HUSK-studien vil kunne gi tall på forekomst av hypokondri i aldersgruppen 40 til 45 år.

Hensikten med Del II er å undersøke comorbiditet ved somatoforme lidelser.

Hovedmålet med terapistudien er å undersøke effekten av KT og paroxetin ved hypokondri. Vi ønsker også å undersøke de sentrale serotonin1A reseptorenes sensitivitet før og etter behandlingsstudien hos et tilfeldig utvalg av pasientene.

5. DESIGN

HUSK-studien består i et felles spørreskjema som sendes til alle, og noen skjemaer som sendes til deler av populasjonen. I Del II og Del II vil konsekutive pasienter henvist til Psykosomatisk Poliklinikk og pasienter som rekrutteres gjennom HUSK bli inkludert. Terapistudien er en åpen, randomisert studie med 2 parallelle grupper.

6. PASIENTER

I den deskriptive del av studien inngår alle henviste pasienter. For terapistudien har vi følgende kriterier:

6.1 Antall pasienter er 40, dvs. 20 i hver gruppe.

6.2 Inklusjonskriterier:
Hypokondri som definert i ICD-10 punkt 45.2.
Alder: 18 - 67 år.
Skriftlig bekreftelse fra pasienten om villighet til å delta i studien.

6.3 Eksklusjonskriterier:
Alvorlig somatisk sykdom.
Psykotiske symptomer.
Alkohol- og/eller stoffmisbruk.

Språkvansker.
Samtidig bruk av andre antidepressive medikamenter eller nevroleptika.

7. TIMEPLAN

Del II og Del III startet i april 1996. Ca. 50 pasienter er foreløpig inkludert i comorbiditetsstudien men kun 4 pasienter i den prospektive kliniske studien. Rekrutteringen til denne delen av studien har gått langsomt, dels pga at mange av pasientene som henvises til Psykosomatisk poliklinikk ikke tilfredsstiller de diagnostiske kriteriene for primær hypokondri, og dels fordi mange av pasientene er skeptiske til den medikamentelle behandlingen, og helst vil ha kognitiv terapi. Datainnsamlingen til HUSK starter høsten 1997 og vil vare ett år.

8. METODE OG VURDERING AV EFFEKT

Diagnostikk:
Intervjuer
CIDI er et strukturert intervju med varighet ca. 2-3 timer. Intervjuet vil bli gjort ved andre konsultasjon (på alle henviste pasienter).

For hver pasient vil det ved inklusjon i comorbiditetsstudien bli registrert anamnestiske data, varighet av symptomer, sykemelding og antall legebesøk siste 6 måneder, hvor lang tid hver dag man tenker på sykdom, forekomst av andre sykdommer og bruk av medikamenter. Spesielle variabler (tid som brukes til å tenke på spesielle symptomer eller sjekke kroppen) vil bli registrert ved hjelp av Visual Analog Scale. "Target complaints", dvs de problemområder som pasienten er spesielt interessert i å ta opp i evt. samtaleterapi vil bli registrert.

Selvutfyllingsskjemaer
Følgende selvutfyllings-skjemaer vil bli benyttet:
Giessen Subjective Complaints List som måler subjektive somatiske symptomer, Spielberger State and Trait Anxiety Scale som måler angst (STAI-1 og STAI-2), Beck Depression Inventory (BDI) som måler depresjon, Eysenck Personality Questionnaire (EPQ-N+L) og Health Locus of Control Scale (HLCS), som gir et mål for hvorvidt pasienten angir indre, ytre eller sjanseplassering av psykologisk kontroll i forhold til egen helse. Graden av irrasjonell tenkning vil bli målt med Dysfunctional Attitude Scale (DAS) og helserelatert livskvalitet med SF-36. SF-36 er en forkortet versjon av Medical Outcome Study, og er et generisk instrument. Alle instrumentene foreligger i validert norsk oversettelse.

I tillegg er følgende instrumenter oversatt til norsk og anvendes ved inklusjon i comorbiditetsstudien og ved 12 måneders kontroll i terapistudien (forutsatt tilfredsstillende reliabilitet og validitet): Structured Interview for Hypochondriasis (SIH) og Whiteley Index (WI) (Barsky et al, Kellner et al). Somatosensory Amplification Scale (SAS) foreligger allerede i norsk oversettelse og vil også bli benyttet.

Pårørende bes ved inklusjonen om å fylle ut "Pårørendeskjemaet". Dette skjemaet bygger på et lignende skjema som brukes i geriatrisk forskning (ved demens). Utfylling vil om mulig bli gjentatt ved 12 måneders kontrollen.

Alle pasientene vil medbringe følgende skjemaer i utfylt stand til 1. time: Giessen Subjective Complaints List, BDI og STAI-1+2 (omfatter også dem som ikke fyller kriteriene for inklusjon i terapistudien).

Undersøkelse av serotonin1A reseptorenes sensitivitet:
Gjøres ved en buspiron-test. 30 mg buspiron (Buspar) gis om morgenen etter at ACTH, prolactin og veksthormon er målt i plasma (baseline). Disse målingene gjentas hvert 15. minutt til 150 minutter. Kroppstemperatur registreres oralt hvert 30. minutt. Gjennomføring av buspiron-test koster ca. kr. 3000,- pr. stk., og vil derfor kun bli gjort på et utvalg av pasientene (f.eks. 10 pas. i KT-gruppen og 10 pas. i medikamentgruppen).

Pasientene vil i terapistudien bli randomisert til en av to armer (stratifisert for kjønn):

Arm 1: Kognitiv-atferdspreget terapi. 20 pasienter vil her få individuell psykoterapi (50 minutter), først 1 time pr. uke i 4 uker, deretter 1 time annenhver uke i 16 uker og til slutt 3 timer hver 3. uke. Til sammen gis 15 timers behandling over 29 uker.

Arm 2: Kontrollgruppe. 20 pasienter vil her få paroxetin (Seroxat) 20-50 mg daglig (opptrappes etter fastsatt skjema avhengig av respons) i 25 uker, deretter en 4 ukers nedtrapping.

Ad terapiene i Arm 1: Terapiene vil bli gjennomført av Ingvard Wilhelmsen I overenstemmelse med en fastlagt manual (bygger på Aaron Beck's behandling av depresjon og Paul Salkovskis terapi ved funksjonelle somatiske lidelser). Wilhelmsen er spesialist i psykiatri og har lang erfaring som kognitiv terapeut. Han har tidligere initiert og vært med på gjennomføringen av to større kliniske studier hvor effekten av kognitiv terapi er blitt vurdert (Haug 1994, Wilhelmsen 1994).

PRAKTISK GJENNOMFØRING
Fra 1/3.95 har det vært gjennomført en pilotstudie hvor pasienter er blitt intervjuet og de forskjellige skjemaene utprøvd. Wilhelmsen og Bødtker er godkjent som brukere av CIDI i klinisk forskning (av psykiater Inger Sandanger, Ullevål sykehus). Jørn Bødtker er tilsatt som universitetsstipendiat i 4 år ved Det Medisinske Fakultet, Med. Avd. A, fra 1/8.96.
HUSK-undersøkelsen: Personer som skårer over en gitt verdi på Whiteley Index vil bli innkalt til CIDI-intervju, som vil bli utført av Jørn Bødtker og Ingvard Wilhelmsen. Antallet er anslått til ca. 350 personer.

Gjennomføring
Studien gjennomføres ved Medisinsk Poliklinikk, Diakonissehjemmets Sykehus Haraldsplass. Haraldsplass er fra 1/1.95 universitetssykehus, tilknyttet Instituttet Medisinsk Avdeling A, Universitetet i Bergen.

Fase 1: Evalueringsfase
Ved den første kontakten med oss vil intervjuene CIDI og SDHI bli gjennomført. Pasientene medbringer følgende selvutfyllingsskjemaer til 1. samtale: Giessen Subjective Complaints List, BDI og STAI-1+2. I evalueringsfasen (4-8 uker) vil de somatiske undersøkelser som er gjort bli vurdert, og evt. manglende undersøkelser iverksatt. Dersom inklusjonskriteriene oppfylles og pasienten ikke har noen ekslusjonskriterien, vil han/hun bli tilbudt deltagelse i terapistudien.

Fase 2: Behandlingsfase
Pasientene randomiseres til enten kognitiv eller medikamentell terapi.

Fase 3: Oppfølging
Intervjuer (unntatt CIDI) og selvutfyllingsskjemaer vil bli fylt ut ved terapislutt (etter 29 uker). Ved 12 måneders kontrollen vil alle instrumenter bli benyttet unntatt CIDI. Da vil også serotonin1A reseptor sensitiviteten bli vurdert på ny.

9. MATERIALE (MEDIKAMENT)

9.1 Medikament
Paroxetin (Seroxat) vil bli gitt som tabletter som hver inneholder 20 mg paroxetin hydroklorid.

9.2 Merking
Tablettene vil finnes i brett a 20 tabl. og være merket Seroxat 20 mg.

9.3 Oppbevaring
Medikamentene vil bli oppbevart innelåst på Medisinsk Poliklinikk, Diakonissehjemmets Sykehus Haraldsplass.

9.4 Dosering
Startdose er 20 mg daglig, og dosen kan ved manglende respons trappes opp til 40 mg etter 4 uker, evt. til 60 mg etter 8 uker. Dosen holdes så uendret frem til 25 uker etter medikamentstart, og trappes så ned til seponering i løpet av 4 uker.

10. SAMTIDIGE SYKDOMMER OG BEHANDLING

10.1 Forekomst av andre sykdommer og behandling ved inklusjon vil bli registrert i Anamneseskjema.

10.2 Dersom sykdom oppstår i studieperioden kan pas. fritt kontakte egen lege ved behov. Diagnose og evt. behandling bli registrert.

11. REGISTRERING AV BIVIRKNINGER

11.1 Definisjon
Bivirkninger som kan være relatert til den medikamentelle behandling vil bli registrert. Med bivirkning menes ethvert nytt eller uventet symptom som oppstår mens pasienten står på medikamentell behandling, og som kan ha relasjon til tablettinntaket.

11.2 Registrering
Bivirkninger vil bli registrert på eget skjema og senere oversendt produsenten i anonymisert form. Bivirkningsnemda vil bli underrettet ved utfylling av det vanlige skjemaet for registrering av medikamentbivirkninger. Sammenhengen mellom symptom og bivirkning vil bli angitt som sikker, trolig eller lite sannsynlig.

11.3 Oppfølging
Nødvendig oppfølging av bivirkninger vil bli iverksatt etter klinisk skjønn.

12. DATA-REGISTRERING OG BEHANDLING
Alle data vil bli lagt inn på PC i anonymisert form og bearbeidet av JB og IW.

13. VURDERING AV PASIENTDATA FOR ANALYSE
Godkjenning av data for inkludering i dataanalyse vil bli foretatt av JB og IW. Som hovedregel gjelder at alle skjema som inneholder mindre enn 20% missing data vil bli akseptert.

14. STATISTIKK

14.1 Metode.
De statistiske analyser vil bli gjort ved hjelp av SPSS.PC+4.0 software. Vanlige og allmennt anerkjente statistiske metoder vil bli benyttet, og 5% vil bli brukt som signifikansnivå. I comorbiditetsstudien vil vi korrelere selvutfyllingsskjemaene med det diagnostiske intervjuet (CIDI).

14.2 Klassifisering av respons på behandlingen
Der foreligger ved hypokondri ikke ett enkelt kriterium for respons eller helbredelse. Effekten i de to studiearmene vil bli sammenlignet ved hjelp av intervjuer og selvutfyllingsskjemaene. Hovedkriteriet for bedring vil være nedgang av symptomer målt ved Giessen Subjective Complaints List, bedring av livskvalitet målt ved SF-36 og lavere skåre på selvutfyllingsskjemaene SIH, WI og SAS.

14.3 Drop-outs vil bli registrert. Data vil bli inkludert i analysene etter prinsippet "intention to treat".

15. ETIKK
Studien vil bli gjennomført i henhold til den siste reviderte utgaven av Helsinkideklarasjonen.

Pasientene vil bli skriftlig og muntlig informert om studiens målsetting og gjennomføring. Skriftlig samtykke må foreligge før inklusjon i terapistudien. Den enkelte kan på hvilket som helst tidspunkt trekke seg fra studien uten at dette får behandlingsmessige konsekvenser. Alle deltagerne vil ha rett til informasjon om utfallet av undersøkelsene. Alle data vil være underlagt vanlige regler for taushetsplikt, og kan ikke utleveres uten pasientens samtykke. Ved publikasjon blir alle data anonymisert.

Protokollen er godkjent av Den regionale komite for medisinsk forskningsetikk og det søkes godkjenning hos Statens legemiddelkontroll.

16. AVVIKELSER FRA PROTOKOLLEN
Alle avvikelser fra protokollen vil bli registrert.

17. FORMALIA
Studien vil bli gjennomført av Jørn Bødtker og Ingvard Wilhelmsen. Jørn Bødtker er p.t universitetsstipendiat ved Universitetet i Bergen. Det tas sikte på at Bødtker vil disputere for den medisinske doktorgrad på en avhandling som bygger på studien

Førsteamanuensis Ingvard Wilhelmsen er prosjektleder og veileder for Jørn Bødtker. Han er spesialist i indremedisin, fordøyelsessykdommer og psykiatri. Dr. med. fra januar 1995. Både Wilhelmsen og Bødtker deltok aktivt i den store European Consultation/Liaison Workgroup for General Hospital Psychiatry and Psychosomatics (ECLW-studien) i 1991-93 (Huyse). I forbindelse med studien ble begge funnet reliable med hensyn til diagnostikk innen ICD-10 (undersøkelsen gjort i 1991).

18. RAPPORTER OG PUBLISERING
Resultatene av studien vil bli søkt publisert i internasjonalt anerkjente tidsskrifter med referee-tjeneste. Artiklene vil bli stilt til rådighet for Novo Nordisk Pharma AS umiddelbart etter den er antatt til første publisering.

19. FORSIKRING
Spesiell forsikring ansees ikke nødvendig i forbindelse med studiens gjennomføring, og dekkes av sykehusets og universitetets generelle forsikringsordninger.

20. SAMARBEID
I forbindelse med studien vil vi samarbeide med Novo Nordisk Pharma AS, som vil stille til rådighet og dekke kostnadene med Seroxat til 20 pasienter i henhold til prosjektbeskrivelsen.

Spesielt når det gjelder undersøkelsene av de serotoninerge reseptorere og den medikamentelle intervensjon, men også i prosjektet generelt, samarbeider vi med førsteamanuensis Anders Lund ved Psykiatrisk Institutt. Han er en av landets ledende psykiatere innen biologisk psykiatri (Lund 1992). Vi har også samarbeid med Prof. Holger Ursin ved Institutt for Biologisk og Medisinsk Psykologi når det gjelder prosjektet generelt og spesielt i tolkning og bearbeiding av de psykometriske data.

21. AVSLUTNING
Ved siden av den spesielle kunnskap som prosjektet vil kunne generere vil det kunne styrke det psykosomatiske forskningsmiljøet i Bergen, og spesielt vil det styrke den allerede etablerte forskningsaksen og samarbeidet mellom Psykiatrisk Institutt, Haukeland Sykehus, Instituttet Medisinsk Avdeling A og Institutt for Biologisk og Medisinsk Psykologi, Universitet i Bergen, etterhvert også Institutt for samsfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

Bergen 7/4.97

Ingvard Wilhelmsen

Ingvard Wilhelmsen Jørn Bødtker

Tabell 1:

Utdrag fra International Classification of Diseases (ICD)-10:

Nevrotisk, stress-relatert og somatoforme tilstander (F4).

F45 Somatoforme tilstander
- F45.0 Somatiseringstilstand
- F45.1 Udifferensiert somatoform tilstand
- F45.2 Hypokondri
- F45.3 Somatoform autonom dysfunksjon
- F45.4 Vedvarende somatoform smertetilstand
- F45.8 Andre somatoforme tilstander

Referanser:

Barsky AJ, Klerman GL. Overview: Hypochondriasis, Bodily Complaints, and Somatic Styles. Am J Psychiatry 1983;140:273-83.

Cassileth BR, Drossman DA. Psychosocial Factors in Gastrointestinal Illness. Psychother Psychosom 1993;59:131-43.

Chua A, Keating J, Hamilton D, Keeling PWN, Dinan TG. Central serotonin receptors and delayed gastric emptying in non-ulcer dyspepsia. BMJ 1992;305:280-2.

Coffin B, Azpiroz F, Guarner F, Malagelada J-R. Selctive Gastric Hypersensitivity and Reflex Hyporeactivity in Functional Dyspepsia. Gastroenterology 1994;107:1345-51.

Fallon BA, Javitch JA, Hollander E, Liebowitz MR. Hypochondriasis and obsessive compulsive disorder: overlaps in diagnosis and treatment. J Clin Psychiatry 1991;52:457-60.

Fallon BA, Liebowitz MR, Salman E, Schneier FR, Jusino C, Hollander E, Klein DF. Fluoxetine for hypochondriacal patients without major depression. J Clin Psychopharmacol 1993;13:438-41.

Haug TT, Wilhelmsen I, Svebak S, Berstad A, Ursin H. Psychotherapy in functional dyspepsia. J Psychosom Res 1994;38:735-44.

Huyse and the ECLW. Consultation-Liaison Psychiatry: Does it help to get organized? Gen Hosp Psychiatry 1991;13:183-7.

Jones LR, Mabe PA, Riley WT. Illness coping strategies and hypochondriacal traits among medical inpatients. Int J Psychiatry Med 1989;19:327-39.

Kellner R, Wiggins RG, Pathak D. Hypochondiacal Fears and Beliefs in Medical and Law Students. Arch Gen Psychiatry 1986;43:487-9.

Lund A. Antinociception and 5-HT1A receptor sensitivity after treatment with desipramine, zimelidine and mianserin in rats. Thesis, Dept of Physiology, University of Bergen, 1992. ISBN 82-90952-06-6.

Lund A. Neurochemical similarities in depression and pain, with special emphasis on serotonin. Nord J Psychiatry 1994;48:419-28.

Mayer EA, Gebhart GF. Basic and Clinical Aspects of Visceral Hyperalgesia. Gastroenterology 1994;107:271-93.

Noyes R, Kathol RG, Fusher MM, Phillips BM, Holt CS. The validity of DSM-III-R hypochondriasis. Arch Gen Psychiatry 1993;50:961-70.

Salkovskis PM. Somatic problems. In: Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric problems. A practical guide. By Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J and Clark DM. Oxford Medical Publications 1989, s. 235-76.

Stern R, Fernandez M. Group cognitive and behavioural treatment for hypochondriasis. BMJ 1991;303:1229-31.

Tellnes G. Days lost by sickness certification. Scand J Prim Health 1989;7:245-51.

Visser S, Bouman TK. Cognitive-behavioural approaches in the treatment of hypochondriasis: six single case cross-over studies. Behav Res Ther 1992;30:301-6.

Warwick HMC, Marks IM. Behavioural Treatment of Illness Phobia and Hypochondriasis. A pilot study of 17 cases. Br J Psychiatry 1988;152:239-41.

Warwick HMC. A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis and health anxiety. J Psychosom Res 1989;33:705-11.

Wesner RB, Noyes R. Imipramine an effective treatment for illness phobia. J Affect Disord 1991;22:43-8.

Wilhelmsen I, Haug TT, Ursin H, Berstad A. Effect of Short-Term Cognitive Psychotherapy on Recurrence of Duodenal Ulcer: A Prospective Randomized Trial. Psychosomatic Medicine 1994;56:440-8.

FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I PROSJEKTET HYPOKONDRI OG KOGNITIV TERAPI

Informasjonskriv til personer som har deltatt i Hordalandundersøkelsen '97-99'(HUSK) og som har skåret over normalområdet på hypokondri spørsmålene.

Hordalandundersøkelsen '97-99' inneholder mange ulike spørsmål om livskvalitet og helse. Årsaken til at De mottar dette brevet er at De har skåret over gjennomsnittet på spørsmålene om hypokondri. Grunnene til dette kan være mange. En av disse er at du har varierende grad av helseangst eller hypokondri. Ved psykosomatisk poliklinikk Diakonissehjemmets sykehus har vi utarbeidet et behandlingstilbud for mennesker som gjennom lengre tid har hatt fysiske symptomer og plager eller tror de har en alvorlig fysisk sykdom til tross for grundig undersøkelse. Her arbeider overlege Ingvard Wilhelmsen og assistentlege Jørn Bødtker. Dersom du tar imot tilbudet vil du få tilsendt noen nye spørreskjemaer som du fyller ut hjemme. Disse tar du med deg til første konsultasjonen ved poliklinikken. Her vil vi gå igjennom hele sykehistorien din, registrere alle symptomene og plagene. Ved neste konsultasjon vil vi gjennomføre et strukturert intervju CIDI som varer ca. 2 timer. Dersom disse to undersøkelsene tyder på at du kan ha hypokondri vil du bli spurt om å delta i prosjektet «Hypokondri og kognitiv terapi». Skulle undersøkelsene tyde på at der finnes andre forklaringer på symptomene dine, vil vi gi råd til hvordan dette kan følges opp, og gi tilbakemelding til legen din.

Om lidelsen Hypokondri.

Et av hovedkjennetegnene ved denne tilstanden er at en er helt overbevist om å ha en fysisk sykdom. En lar seg ikke berolige selv om ofte flere leger har gjort undersøkelser uten å finne noen sikker fysisk sykdom. En bruker mye tid og energi på å engste seg over helsen sin. På sikt får dette store konsekvenser for livskvaliteten. Det å stadig bekymre seg over sin egen helsetilstand vil etter hvert få ringvirkninger på humør og livslyst, påvirke forholdet til de som står en nær, og gi mindre overskudd til jobb og fritid.

Hensikten med prosjektet.

En har lenge trodd at hypokondri ikke lot seg behandle. Men de siste årene viser undersøkelser at en form for samtaleterapi, kalt kognitiv terapi har god effekt (kognitiv =

tankemessig).Hypokondere har et annet konsept i forhold til sin fysiske helse, og mistolker symptomer og tegn fra kroppen. Tolkningen og bearbeidelsen av signalene fra kroppen gjør at en hele tiden er redd for alvorlig fysisk sykdom. Vi ønsker ved dette prosjektet å undersøke om kognitiv terapi har god effekt.
Andre undersøkelser har også vist at behandling med er medikament(gruppen antidepressiva) har effekt på hypokondre forestillinger, derfor vil noen av pasienten få tilbud om behandling med paroxitin (Seroxat).

Om behandlingsalternativene.

Pasientene fordeles i to grupper som begge følges opp i et år. Den ene får individuell kognitiv terapi som strekker seg over 29 uker. Hver konsultasjon varer ca. 45 minutter. I starten vil en møtes 2 ganger i uken, deretter en gang pr. uke, og mot slutten hver 14 dag. Noe av det viktige i samtalene går ut på å bli klar over hvordan en tenker og bearbeider signaler fra kroppen.
Den andre gruppen vil få tilbud om behandling med paroxitin (Seroxat). Dette er et medikament som har blitt brukt i flere år mot depresjon. Undersøkelser har vist at dersom en samtidig har hypokondre forestillinger vil disse bedres under behandlingen. Dosen med Paroxitin vil være ca. 40 mg pr. døgn. i 29 uker. Bivirkningene er milde og oftest forbigående, og avtar som regel i løpet av de første behandlingsukene. Vanligst er lett kvalme, tretthet og innsovningsvansker. Tre ganger i løpet av året vil du bli bedt om å fylle ut spørreskjemaer. Behandlingen er gratis.

Undersøkelse av serotoninstoffskifte.

Et utvalg av pasientene vil få tilbud om undersøkelse av serotoninstoffskifte før og etter avsluttet behandling. En møter fastende om morgenen, blodprøver taes før og etter inntak av 30 mg buspirone tablett. Dette medikamentet stimulerer serotonin reseptorene i hjernen, og vi vil kunne måle responsen ut fra forandringene i blodverdiene. En tror at hypokondere har mer «følsomme» serotoninreseptorer enn andre. Dersom en ønsker å reservere seg mot denne delen av prosjektet, kan en allikevel delta i behandlingen.

Andre opplysninger.

Møtested er medisinsk poliklinikk Diakonissehjemmets sykehus Haraldsplass. De fleste undersøkelsene vil bli gjort av assistentlege Jørn Bødtker, men alltid under veiledning av overlege Ingvard Wilhelmsen. Ingvard Wilhelmsen er spesialist i indremedisin, grenspesialist i fordøyelsessykdommer og spesialist i psykiatri.
Jørn Bødtker har arbeidet to år med psykiatri og 4 år med indremedisin og planlegger å spesialisere seg både i indremedisin og psykiatri. Siden høsten 1996 har han vært ansatt i stipendiatstilling og arbeider med prosjektet på heltid.
Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Deltagelse er helt frivillig, og en kan når som helst trekke seg fra studien uten konsekvenser. Pasientene er dekket av de vanlige

forsikringer som gjelder for sykehuset. Når studien er ferdig vil resultatene bli trykket i norske og utenlandske medisinske tidsskrifter.
I løpet av den tiden De er med i studien vil du kunne kontakte Jørn Bødtker og Ingvard Wilhelmsen i arbeidstiden på telefon 55575871.

Eksklusjonskriterier.

Pasienter som har en alvorlig fysisk sykdom, sinnslidelse, eller misbruker alkohol og rusmidler kan ikke delta. En må kunne snakke og forstå norsk på en tilfredsstillende måte. De må være mellom 18 og 67 år.

Underskrift

Jeg har lest informasjonen og erklærer at jeg ønsker å delta i studien «Hypokondri og kognitiv terapi». Jeg er informert om at jeg til enhver tid kan trekke meg fra studien uten konsekvenser.

Bergen

| --- | --- |
| dato | underskrift |